**To　県立尼崎総合医療センター　　　患者サポートセンター　宛**

**FAX：06－6480－7721**　**※（「０発信」等の設定に伴う誤送信にご注意ください！）**

　TEL：０６－６４８０－７７２０（直通）

「第10回AGMC地域医療懇話会

**－　当院の取り組みについて　－**」

**日　時：令和6年(2024年) 7月20日（土）15:00〜16:30**

**場　所：県立尼崎総合医療センター　　1階講堂**

**申 込 書**

**申込み記入欄（太枠内）**

|  |  |
| --- | --- |
| **貴施設名** |  |
| **貴施設連絡先** | **TEL：　　　　　　　　　　　　FAX：** |

**●下記の欄に、ご出席者氏名、職種をご記入願います。**

|  |  |
| --- | --- |
| **ご出席者氏名**  フリガナ（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | **職 種** |
|
| フリガナ（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |
| フリガナ（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |
|  |  |

**●面談希望の診療科、医師がございましたらご記入願います。可能な限り調整させていただきます。**

|  |  |
| --- | --- |
| **面談希望診療科・医師名** | |
|  |  |
|  |  |

**●お問い合わせ先：AGMC患者サポートセンター**[**TEL:06-6480-7720**](TEL:06-6480-7720)**（直通）担当 月岡、安藤**

**※ 準備の都合上、7月10日（水）までにお申し込みくださいますようお願い致します。**